

16

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SÉRIE

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Novembre 1901, à une heure

Par M. DELAHOUSSE (JOSEPH)

NÉ LE 22 FÉVRIER 1877, A LILLE (NORD)

Ancien Interne des Hôpitaux de Boulogne et du Havre

*Ancien Externe des Hôpitaux de Lille, de la Maternité Sainte-Anne
et de l'Hôpital des Enfants*

Ancien Préparateur de Physiologie

Membre de la Société Anatomo-Clinique de Lille.

DE LA RUPTURE DES VARICES VULVAIRES

AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical.

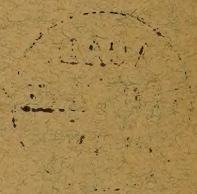
Président de la thèse : PINARD, Professeur.

Suffragants : { MM. BROCA, AUG.
LEPAGE
POTOCKI

LILLE

IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1901



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SÉRIE

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Novembre 1901, à une heure

Par M. DELAHOUSSE (JOSEPH)

NÉ LE 22 FÉVRIER 1877, A LILLE (NORD)

Ancien Interne des Hôpitaux de Boulogne et du Havre

*Ancien Externe des Hôpitaux de Lille, de la Maternité Sainte-Anne
et de l'Hôpital des Enfants*

Ancien Préparateur de Physiologie

Membre de la Société Anatomico-Clinique de Lille.

DE LA RUPTURE DES VARICES VULVAIRES

AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

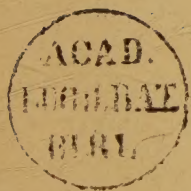
Président de la thèse : PINARD, Professeur.

Suffragants : { MM. BROCA, AUG.
LEPAGE
POTOCKI

LILLE

IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1901



UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
	{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	N.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAUX.
	{ TERRIER.
	{ PANAS.
Clinique ophtalmologique.....	GUYON.
Clinique des voies urinaires.....	{ BUDIN.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGUEU.	TEISSIER.
AUVRAY.	FAURE.	LEPAGE.	THIERY.
BEZANÇON.	GILLES de la TOURETTE	MARION.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (AUG.).	GOUGET.	MÉRY.	Vaquez.
BROCA (ANDRÉ).	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
CUNÉO.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef des	
	LEGRY.	travaux anatomiques.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALTUS

Professeur de Physiologie à la Faculté libre de Lille

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAUCON

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté libre de Lille

A TOUS MES AUTRES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine
de Paris

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser l'hommage de notre respectueuse reconnaissance à tous ceux qui furent chargés de notre éducation.

Merci à tous nos Maîtres de la Faculté libre de Lille, à MM. les Professeurs Duret, Augier, Eustache et Desplats, dans le service desquels nous eûmes l'honneur d'être externe ; merci pour les excellentes leçons dont nous leur sommes redevable, et pour les précieux conseils qu'ils nous ont toujours prodigués.

Merci aussi à MM. les Professeurs Baltus et Faucon, tant pour leur savant enseignement que pour les trop nombreuses marques de bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous donner pendant tout le cours de nos études. Qu'ils reçoivent ici l'expression de notre profonde et inaltérable gratitude pour l'intérêt qu'ils ont bien voulu nous témoigner.

Merci à M. le Docteur Ovion, chirurgien de l'hôpital de Boulogne. C'est lui qui nous fit faire nos premières armes chirurgicales, et qui voulut bien raffermir en nos mains novices le bistouri tremblant.

Nous sommes également très heureux de remercier MM. les Docteurs Besson et Ledoux, ainsi que notre excellent ami le Docteur Bourdeaux, pour le concours très effectif qu'ils nous ont apporté dans la rédaction de ce modeste travail.

Au moment de quitter notre vie d'étudiant, nous adressons un amical souvenir à nos camarades des hôpitaux du Havre ; nous vécûmes de leur vie pendant un temps relativement court : nous ne pouvons que les remercier de leur cordial accueil et des franches sympathies que nous avons trouvées parmi eux.

Nous avons enfin un devoir bien doux à remplir, dicté qu'il

est par la voix du cœur, inscrit au livre d'or de la reconnaissance et du souvenir. C'est vers notre famille tout entière que vont en ce moment nos meilleurs remerciements, l'assurance de notre perpétuelle gratitude. Merci pour leur dévouement et tous les sacrifices qu'ils ont su s'imposer.

A tous ceux, en un mot, qui nous firent ou nous voulurent du bien pendant notre vie d'étudiant, nous adressons ici l'hommage ému de notre sincère reconnaissance.

M. le Professeur Pinard a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous lui sommes extrêmement reconnaissant du grand honneur qu'il nous a fait, et nous le prions d'agréer ici l'hommage de nos respectueux remerciements.

J. D.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

« Une hémorrhagie considérable et même mortelle peut être prise à tort pour une hémorrhagie post-partum quand elle vient d'une source qui n'est nullement soupçonnée. Parmi ces sources que l'on ne soupçonne pas, sont les lésions du col, du vagin, des lèvres, les hémorrhagies dues à la rupture des varices... » (Matthews Duncan) (1).

Pendant notre externat à la Maternité Sainte-Anne, de Lille, nous avons pu nous convaincre, par deux fois, de l'admirable justesse clinique de cette assertion du grand accoucheur anglais. Deux jeunes et robustes accouchées, l'une de 21 ans, l'autre de 24, faillirent succomber en quelques minutes à la suite de la rupture d'un paquet de varices vulvaires, immédiatement

(1) MATTHEWS DUNCAN. — *Mécanisme de l'accouchement*, traduit. du Dr Budin (p. 444).

consécutive à l'accouchement. Dans le premier cas dont nous fûmes témoin, en particulier, la source de l'hémorrhagie, exceptionnellement grave, ne fut nullement soupçonnée au début, et nous crûmes d'abord à une hémorrhagie post-partum. L'erreur ne se prolongea pas, heureusement, et cette jeune femme fut ainsi sauvée. Il était certes temps, et le sérum artificiel fit merveille, car je crois que nous étions bien près de bannir toute espérance.

La rupture des varices, au moment de l'accouchement, est bien une des causes d'erreur dont parle Duncan : elle est d'un puissant intérêt pratique, car elle peut donner lieu à des confusions regrettables et funestes. C'est pourquoi elle mérite d'être signalée et d'attirer toute l'attention du praticien. Elle est rare, c'est vrai ; heureuse rareté, dirons-nous, qui écarte une complication redoutable, plus dangereuse que les métrorrhagies graves dont l'origine est bien plus facilement reconnue. Ici, *le danger est à l'utérus* ; le globe utérin retient à juste titre l'attention de l'accoucheur, invariablement attiré vers lui aussitôt l'expulsion de l'enfant. Qu'une hémorrhagie abondante extra-utérine se produise, la rupture d'un paquet variqueux, par exemple, et l'on conçoit aisément de quel poids vont peser dans la balance vitale de la malade les minutes perdues dans une indécision funeste ou une confusion regrettable.

C'est pourquoi nous avons cru devoir relater les deux cas remarquables que nous avons observés, et faire de l'étude de la rupture des varices vulvaires au moment

de l'accouchement le sujet de notre thèse inaugurale (1). Nous n'avons certes pas la prétention d'écrire un chapitre nouveau d'obstétrique ; nous avons seulement voulu montrer, en rassemblant toutes les observations de cas semblables, la gravité d'accidents de ce genre, souvent méconnus.

Nous nous estimerons très heureux si nous pouvons contribuer pour une part, quelque petite qu'elle soit, à bien pénétrer les praticiens de l'importance que peut avoir dans certains cas la connaissance exacte de la cause de l'hémorrhagie et de la nécessité qui s'impose de faire un diagnostic précis, puisque dans de trop nombreux cas, dont nous rapportons plus loin les observations, une issue fatale fut à déplorer.

Ces ruptures ont été peu étudiées, et la littérature médicale ne renferme que peu d'observations de ce genre.

Nous devons signaler les travaux de M. le professeur *Budin* et principalement sa belle thèse d'agrégation, les thèses de *Mougeot*, *Moussaud*, *Roche*, *Bordas*, le mémoire de *Cazin* pour le prix Capuron, 1879. Les ruptures variqueuses y sont bien étudiées, mais plus volontiers, semble-t-il, pendant la grossesse : elles ne sont certes pas moins intéressantes à cette période, car leur fréquence est plus grande et leur

(1) M. le docteur Besson, ancien interne à la Maternité, nous a ouvert la voie en présentant au XIII^e Congrès international de Médecine de Paris (1900) l'observation d'un de ces cas, accompagnée de très intéressants commentaires. Nos recherches ont été facilitées par son très consciencieux travail, et notre tâche rendue plus aisée par son habile mise en lumière de la question.

gravité est extrême (8 morts sur 9 cas, *Budin*). Mais il nous a paru que la rupture des varices *vulvaires*, au moment où l'accouchement se produit, relevait d'un mécanisme tout différent, et soulevait en même temps un problème clinique du plus haut intérêt, et nous nous sommes limités à leur étude. Pendant la grossesse, en effet, la cause efficiente est un traumatisme, et cette cause est extra-génitale dans son origine : chute à califourchon, coups, grattages, coït brutal, dont *Tarnier*, *Budin*, *Mougeot*, etc., ont rapporté de beaux exemples.

Au moment de l'expulsion, au contraire, c'est l'enfant lui-même qui, par un mécanisme que nous décrirons plus loin, amène la rupture des vaisseaux variqueux.

Si nous nous plaçons maintenant au point de vue clinique, la gravité des ruptures variqueuses pendant la grossesse vient surtout de l'absence de tout secours éclairé au moment de l'accident ; au moment de l'accouchement, la gravité de ces ruptures vient de la *confusion souvent inévitable au début et parfois funeste par sa durée, qui s'établit dans l'esprit de l'accoucheur avec une hémorrhagie post-partum*.

Ces considérations mériteront de nous arrêter longuement.

Nous adopterons la division suivante :

Après avoir rappelé brièvement l'**anatomie** de la région vulvaire au point de vue circulatoire ; nous la

ferons suivre de quelques notions sur les varices en général. Nous essayerons ensuite d'expliquer le **mécanisme**, le mode de production de ces ruptures variqueuses. Enfin nous étudierons successivement la **symptomatologie** et le **diagnostic**, le **pronostic** et le **traitement**.

ANATOMIE

L'irrigation veineuse des organes génitaux externes chez la femme est extrêmement riche. Les artères de cette région sont : *la périnéale superficielle* qui va aux grandes et aux petites lèvres, *l'artère caverneuse* et *la dorsale* du clitoris, qui se distribuent à cet organe. Les ramifications de ces branches principales s'anastomosent avec le transverse du périnée, branche de la honteuse interne, avec des rameaux de l'hémorroïdale moyenne et de la vaginale; de plus, elles communiquent par l'intermédiaire de ces dernières avec l'utérine et ses branches.

Toutes ces artères venues de l'hypogastrique forment donc un riche plexus anastomosé auquel correspond un réseau non moins riche de canaux veineux. Signe important pour l'explication des varices de cette région, les veines vulvaires ne sont pas munies de valvules; elles communiquent largement entr'elles et avec les plexus voisins et suivent à peu de chose près le trajet des artères correspondantes. Du côté **du clitoris** :

1° *les veines supérieures* formant deux plans : la veine dorsale superficielle aboutissant à la saphène interne et la veine dorsale profonde se rendant au plexus de Santorini ; 2° *les veines inférieures* descendant dans le plexus de Kobelt, dont nous allons parler ; 3° et 4° *les veines antérieures et postérieures*, aboutissant aux même plexus, aux bulbeuses et au plexus de Santorini. Du côté **des grandes et des petites lèvres** : *les veines superficielles*, qui accompagnent les artères provenant des honteuses externes et de l'artère périnéale inférieure ; *les veines profondes*, ascendantes, allant aboutir aux veines du bulbe. Ce lacis veineux très serré, très développé, est loin de présenter partout une distribution égale et offre trois points de concentration bien nets : les deux *bulbes du vagin* comparés par *Kobelt* à deux sangsues gorgées de sang, où les veines se disposent en deux réseaux très volumineux et *le plexus intermédiaire de Kobelt*, sous clitoridien et intermédiaire aux bulbes, à la constitution duquel concourent les veines bulbeuses et clitoridiennes.

La continuité des veines utérines avec les veines vulvaires suffit à expliquer mécaniquement l'augmentation de la richesse veineuse à laquelle participe la région vulvaire au moment de la grossesse. Aussi, comme le dit *Budin* (1), « s'il est une région au niveau » de laquelle on doit s'attendre à voir pendant la » grossesse les vaisseaux se développer d'une façon » exagérée, c'est évidemment la région génitale ».

(1) Docteur *BUDIN*. — *Des varices chez la femme enceinte*. Thèse agrég., 1880.

C'est pourquoi les varices de la vulve sont fréquentes et des plus importantes à étudier.

Au niveau de la vulve, on les observe le plus souvent d'un côté entre la grande et la petite lèvre, et c'est en écartant ces parties qu'on les voit distinctement ; les veines sont quelquefois seulement dilatées, souvent elles sont sinueuses, contournées sur elles-mêmes ; parfois elles ont une forme en tire-bouchon, ou même elles constituent de véritables paquets variqueux. De ce siège de prédilection, elles se prolongent en différents sens ; en dedans, elles peuvent se continuer avec des varices du vagin, surtout chez les multipares. Le plus souvent, d'après *Budin*, elles atteignent le clitoris, et habituellement on les trouve développées entre le capuchon et le gland de cet organe ; elles se prolongent parfois en haut jusque sur le mont de Vénus ; en dehors, elles peuvent se continuer sur la grande lèvre et même au-delà ; on ne les voit pas en général se propager en bas.

Les varices siègent souvent sur un seul côté de la vulve, parfois elles existent des deux côtés en même temps. En général, elles coïncident avec des varices des membres inférieurs, qu'elles se trouvent du même côté ou du côté opposé ; elles peuvent se présenter en même temps que ces dernières, dès la première grossesse ; mais, en général, elles surviennent dans les suivantes : à la première grossesse, dit *Cazin*, on trouve des varices aux jambes, à la deuxième aux jambes et aux cuisses ; à la troisième la vulve est envahie à son tour.

Exceptionnellement, on a pu voir des varices vulvaires sans en trouver trace sur le reste du corps.

En général, les varices vulvaires sont assez facilement supportées : parfois elles amènent une gêne qui, souvent légère, peut pourtant devenir assez pénible : c'est une sensation de poids, de tiraillements aux parties génitales, où les femmes se plaignent de cuisson ; chez d'autres, ce sont des démangeaisons très vives déterminant un prurit presque continu.

Pendant la grossesse, ces varices sont susceptibles de se rompre, même sous l'influence d'une cause très minime : un traumatisme peu violent, une contusion, un choc même léger, une chute à califourchon, un grattage, un coït intempestif peuvent donner lieu à des hémorrhagies parfois très graves.

Mais ces ruptures pendant la grossesse étant en dehors du cadre que nous nous sommes tracés, nous ne nous en occuperons pas. Nous renvoyons ceux que la question intéresse à l'excellente thèse de *Moussaud* (Paris, 1889).

MÉCANISME

Le mécanisme de la rupture des varices vulvaires doit être étudié dans deux cas absolument distincts : *avant l'expulsion du fœtus, après la sortie de l'enfant :*

1° *Avant l'expulsion du fœtus.* — La compression exercée par la tête, compression qui gêne le retour du sang, la distension que subissent les parois du vagin, les efforts répétés que fait la femme suffisent à expliquer la déchirure des vaisseaux ; d'Outrepont en a cité une observation.

OBSERVATION I (d'Outrepont).

**Énorme tumeur variqueuse des parties génitales. —
Rupture au moment du travail. — Hémorrhagie grave.
— Guérison.**

(Mémoires et matériaux concernant l'art des accouchements).

Une femme, d'une constitution molle et lymphatique, déjà mère de deux enfants, avait le long des cuisses et des jambes, aux grandes lèvres et au vagin une grande quan-

tité de varices, dont l'une, située dans le vagin, était surtout d'un volume remarquable. Le travail de l'enfantement se déclara au temps de la troisième grossesse et suivit d'abord une marche régulière; la tête s'engagea peu à peu dans l'excavation pelvienne; mais la varice du vagin, augmentant de plus en plus de volume, finit par se rompre et par déterminer une hémorrhagie très abondante. Ce fut en vain qu'on employa le tampon et qu'on espéra de l'avantage des progrès du travail qui faisait avancer la tête. La persistance de l'hémorrhagie, la débilité croissante de la femme et la cessation des contractions de l'utérus obligèrent de recourir à l'usage du forceps. Au moyen de cet instrument, l'enfant fut extrait vivant et sans difficulté. L'hémorrhagie, qui avait persisté jusque-là, fut arrêtée sans retour par les tamponnements, et les suites des couches furent très heureuses.

2° Mais, dans la plupart des cas, les varices se rompent au moment où le fœtus est expulsé, et c'est aussitôt après l'accouchement que l'hémorrhagie survient. Si l'hémorrhagie vient des veines variqueuses de la vulve, la rupture de ces veines peut se produire de façons différentes : tantôt, et cela s'observe surtout chez les primipares, une déchirure latérale, partie de l'orifice vaginal, s'étend obliquement de bas en haut en se dirigeant vers la partie supérieure de la petite lèvre, qui peut être sectionnée en partie ou en totalité. Si des veines variqueuses se trouvent sur le trajet de la déchirure, elles sont rompues, et il en résulte une hémorrhagie; tantôt, au contraire, *la région occipitale s'étant dégagée et la nuque étant venue prendre point d'appui sous la symphyse, le sommet comprime*

les veines variqueuses contre les branches ischio-pubiennes, et il se produit une fissure de la muqueuse et une rupture de la veine qui saigne alors abondamment.

Pour bien comprendre le mécanisme de l'éclatement de ces varices par la tête fœtale, il suffit de se rappeler les dispositions anatomiques de la région. L'importance pathologique du plexus intermédiaire ou plexus de *Kobelt* frappe immédiatement, en raison même de sa situation : il est distendu d'abord, serré et laminé ensuite entre l'occiput se dégageant et l'arcade pubienne, circonstance éminemment favorable pour une rupture variqueuse. Lorsqu'elle se produit, elle est souvent multiple et siège alors soit à la région clitoridienne ou sous-clitoridienne, soit à la partie des grandes et petites lèvres, immédiatement avoisinante.

D'après *Weiller* (th. Nancy, 1897), la main qui soutient le périnée est souvent la cause de déchirures variqueuses. « C'est également, dit-il, d'une façon » indirecte que la main qui soutient le périnée est cause » de déchirures. Ici, il est vrai, la déchirure serait » inévitable, mais la main qui protège le périnée est » cause de la production des lésions à la partie supérieure de la vulve, au niveau de la région clitoridienne, et c'est dans cette région que les hémorrhagies » graves sont à redouter. Nous croyons que ces déchirures de la région vestibulo-clitoridienne peuvent se » produire de deux façons différentes. En premier lieu, » la tête étant à la vulve, l'orifice vaginal trop étroit » l'empêche de sortir, et sous l'influence des contrac-

» tions violentes, il y a rupture de l'orifice vaginal : si
» le périnée n'est pas protégé ou est mal protégé, la
» rupture se fera au niveau de la paroi postérieure, et
» s'étendra vers le périnée, mais si ce dernier est très
» bien protégé, l'orifice vaginal cédera en haut et en
» avant, et la déchirure s'étendra vers le clitoris.

» Dans le second cas, la main qui protège le périnée
» appuie assez fortement, au moment des contractions,
» la tête fœtale contre le pubis. Les parties molles de
» la région vestibulo-clitoridienne sont alors compri-
» mées entre l'occiput et le bord tranchant de la sym-
» physe. Il y a une véritable section. Seulement, on
» pourra objecter que les lésions que l'on observe dans
» ces cas ne sont pas parallèles au bord tranchant du
» pubis ; c'est parce que le point de contact entre la tête
» fœtale, corps arrondi, et le pubis, est très peu étendu ;
» il y a une simple amorce, et le reste de la déchirure
» est produit par la tête seule ; aussi la lésion s'étend-
» elle parallèlement à l'axe du vagin, de façon à
» agrandir l'orifice vulvaire. »

Le premier mécanisme invoqué par *Weiller*, si tant est qu'il soit efficace, nous paraît rarement applicable. Nous avons vu, en effet, que les varices, très rares chez les primipares, ne s'observent guère que sur des vulves de multipares, vulves dont l'étroitesse n'est souvent plus à considérer.

Quant au second mécanisme, celui dans lequel la main protectrice appuierait au moment des contractions sur le pubis, il nous semble renfermer une grande part de vérité. Il a l'avantage de rendre compte

de cette anomalie, dont nous avons été frappés au cours de nos recherches, nous voulons dire la fréquence relativement grande des varices, et la rareté de leur déchirure. Elle s'explique par ce fait que, dans bien des cas, ce mécanisme n'entre pas en jeu, puisque le périnée n'est pas soutenu.

Nous croyons cependant que d'autres conditions doivent entrer en ligne de compte, qui joueraient aussi leur rôle dans la pathogénie de ces ruptures. Ce serait un volume exagéré de la tête, une inclinaison spéciale de la symphyse (vulve barrée), et enfin une prédisposition particulière. Que le volume exagéré de la tête amenant une distension plus grande des parties vulvaires ait une importance appréciable, la chose ne paraît pas douteuse. Nous notons dans notre observation III, que l'enfant, pesant 3970 grammes, avait un diamètre occipito-mentonnier de 14 centimètres.

Quand à l'inclinaison de la symphyse, il est facile de concevoir son action. « Chez les femmes qui pré-
» sentent cette disposition, l'inclinaison de la sym-
» physe sur la verticale n'étant que de 45°, la région
» lombaire est droite, les fesses plates et basses, la
» vulve est reportée en avant, le pubis en quelque
» sorte remonté, le périnée est long » (*Charpy*) (1). Dans ce cas, l'on comprend que la compression des parties molles entre la tête et le pubis soit plus facile et plus dangereuse.

Quant à la prédisposition, sorte de méicpragie vascu-

(1) CHARPY. — Cours de splanchnologie. Organes génito-urinaires. Toulouse, 1890,

laire, qui aurait pour résultat de rendre plus fragiles les parois de certains vaisseaux, si nous n'en avons pas de preuves directes, nous pouvons au moins l'admettre par analogie avec ce qui se passe pour les membres inférieurs. Il est de notoriété en effet, que certaines personnes feront des ruptures variqueuses pour des causes qui n'en amèneront point chez d'autres. A l'appui de cette hypothèse, nous relaterons ce fait que la malade, objet de notre observation II, fut quelques mois après son premier accident, atteinte d'une nouvelle rupture variqueuse sous-cutanée, et siégeant cette fois à la partie inférieure et latérale externe de la cuisse gauche. Peut-être n'y a-t-il là qu'une simple coïncidence, mais il nous a paru intéressant de la signaler.

On comprend que plusieurs de ces causes peuvent se trouver réunies sur un même sujet, et dans ce cas, les chances de rupture sont naturellement plus grandes.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte que si les accidents que nous étudions sont rares, cela tient à ce qu'ils demandent pour leur production une circonstance ou même un ensemble de circonstances absolument spéciales, qui elles-mêmes se rencontrent rarement.



SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de la rupture des varices vulvaires au moment de l'accouchement est à peu près constante et offre peu de particularités à signaler. La rupture se produit, comme nous l'avons déjà vu, au moment où l'occiput, faisant charnière, se dégage sous la symphyse. Mais l'occiput jouant alors l'office d'un véritable tampon, aucun écoulement de sang révélateur de la rupture ne se produit. Au moment seulement du passage du cou, la tête étant dégagé, une décompression brusque se produit, et le sang peut jaillir ou couler en deux filets à droite et à gauche du cou de l'enfant (*Budin*). L'écoulement cesse de nouveau au passage des épaules, pour reprendre d'une façon continue après la sortie de l'enfant.

On comprend que, d'après le degré et l'étendue de la rupture variqueuse, l'hémorragie présente des symptômes variables. Elle peut aller d'un simple filet de sang provenant d'une fissure (*Cazin*) jusqu'à l'hémorragie très rapidement grave qu'il nous a été donné d'observer dans deux cas. Dans ces cas graves, un sang noir coule à flots, inondant le lit, les aides et

l'enfant. La soudaineté de l'accident est telle qu'en quelques minutes l'accouchée, exsangue, agitée de mouvements convulsifs, perd toute connaissance, et qu'une terminaison malheureusement fatale devient imminente.

Mieux que toute description, les deux observations qui vont suivre, et que nous avons **personnellement** observées, donneront un fidèle tableau de cette complication, d'autant plus grave qu'elle est plus rapide et plus imprévue. Disons bien, d'ailleurs, que, dans ces cas, la symptomatologie de la rupture des varices vulvaires n'offre pas en elle-même de caractères spéciaux ; elle est parfaitement identique à toutes les hémorrhagies post-partum, et c'est précisément cette identité des symptômes qui en fait la gravité particulière.

OBSERVATION II (personnelle).

(Besson et Delahousse.)

Ruptures de varices sous-clitoridiennes, au moment de l'accouchement, chez une III pare de 24 ans. — Hémorrhagie extrêmement abondante menaçant très rapidement la vie de la femme. — Tamponnement, suture en masse, 2.000 c. c. de sérum artificiel en 10 heures. — Guérison rapide.

Deux ans après (21 octobre 1901), nouvel accouchement et nouvelle rupture de varices vulvaires. — Hémor-

rhagie profuse. — Intervention immédiate. — Situation actuellement satisfaisante (22 octobre).

Le 16 octobre 1899, à 11 heures 1/2 du soir, entre à la Maternité Sainte-Anne la nommée F. M..., 24 ans, III pare. Rien à signaler dans les grossesses et accouchements antérieurs ; elle a nourri ses deux enfants qui jouissent d'une très bonne santé. Antécédents héréditaires et personnels excellents.

Elle a eu ses dernières règles le 8 janvier. A l'examen, on constate : utérus à 34 centimètres, pas d'albumine dans les urines, sommet en droite postérieure ; femme en travail, dilatation d'une pièce de cinq francs, contractions fréquentes et énergiques, bruits du cœur fœtal normaux. On note l'existence de varices aux deux jambes, peu développées ; il existe un paquet variqueux très net, de la grosseur d'une petite noix, à quelques centimètres en dehors de la grande lèvre gauche.

A 2 heures 30 du matin, l'accouchement se produit : au moment du dégagement de la tête, un flot de sang jaillit de la vulve, cesse au passage des épaules, mais immédiatement après l'hémorrhagie reprend de plus belle, inondant le lit, l'enfant, les aides. Le sang ruisselle en *cascades* : cette expression n'est pas fantaisiste, elle traduit très bien l'impression que nous avons alors ressentie. Le cordon est sectionné, la main masse énergiquement la matrice, le placenta et les membranes arrivent presque immédiatement intacts, mais le sang coule toujours à flots. La femme, dans un état syncopal, est placée la tête basse pendant que des injections d'éther, d'ergotine et une injection très chaude extra-utérine sont pratiquées. A ce moment, notre esprit est frappé *par la dureté du globe utérin, fait capital* ; de plus, le sang est très noir, et le souvenir du paquet variqueux juxta-vulvaire, observé au moment de l'examen, nous revient à la mémoire. Ce

paquet peut en laisser supposer d'autres ; de là à l'idée de rupture, il n'y avait qu'un pas. Aussitôt, la vulve est largement entr'ouverte, bien dégagée et détergée, et nous voyons, en effet, le sang s'échapper très nettement par cinq ou six orifices juxtaposés en pomme d'arrosoir dans l'espace sous-clitoridien ; le plexus de *Kobelt* avait éclaté au moment du dégagement de la tête. Un gros tampon d'ouate est immédiatement placé et maintenu par un aide ; le sang cesse de couler.

La bataille était gagnée localement ; elle était malheureusement à peu près perdue partout ailleurs. Toute cette scène, qui a pu paraître longue à la lecture, avait à *peine duré dix minutes*. Nous n'essayerons pas d'évaluer la quantité de sang perdu, car l'on est trop facilement taxé d'exagération, mais nous croyons donner une idée très exacte de la gravité de l'hémorrhagie, en disant qu'en dix minutes au plus, cette jeune femme de vingt-quatre ans, vigoureuse, en pleine santé, était exsangue, moribonde, sans connaissance, agitée de tremblements agoniques : *le poulx avait absolument disparu à la radiale et à l'humérale, il était à peine sensible à l'axillaire*, très rapide, très faible, irrégulier et à peu près incomptable. La vie de la jeune femme dépendant d'une question de minutes, nous primes aussitôt, sans préparation aucune, une bouteille d'eau qui nous fut apportée, et elle fut injectée entière *dans le tissu cellulaire* sous-cutané de la cuisse avec un gros trocart et une forte pression, de façon à agir très rapidement (5 à 6 minutes au plus). Nous ouvrons ici une parenthèse pour répondre à une observation que nous devinons : Pourquoi n'avez-vous pas fait l'injection intra-veineuse ? Pourquoi, mais parce que nous eussions perdu un temps précieux à chercher et à amorcer une veine favorable dans un système circulatoire périphérique vide, et que nous avions, d'ailleurs, toute confiance dans la rapidité de l'absorption sous-cutanée. Comme on va le

voir, notre espoir ne fut pas déçu : très rapidement le poulx s'améliore, devient progressivement perceptible, encore faible et irrégulier ; la connaissance revient légère ; tout danger immédiat paraît écarté.

Restait la rupture variqueuse. Le tampon enlevé, l'on distingue parfaitement, dans la région sous-clitoridienne, plusieurs pertuis, cinq environ, situés deux au-dessous du clitoris, les autres un peu plus bas, vers la région bulbeuse ; ils ont la grosseur d'une petite plume d'oie et donnent du sang en abondance. L'application d'une serre-fine ne donne aucun résultat. Des pinces sont mises, mais ne tiennent pas ; on essaie le thermocautère sans plus de succès ; la suture en masse est alors décidée et pratiquée par M. le Dr Delassus. Des crins de Florence sont passés au-dessus du méat, dans toute la région sous-clitoridienne ; en les serrant, l'adossement de la région comprime les orifices de rupture et arrête absolument l'hémorrhagie. Pansement à la gaze blanche ; bandage en T.

Mais l'amélioration générale ne s'est pas maintenue ; pendant le temps nécessaire aux interventions qui viennent d'être décrites, une certaine quantité de sang s'est écoulée et la femme est de nouveau sans connaissance, presque sans poulx. Nouvelle *injection sous-cutanée de 600 gr. de sérum* artificiel ; injections d'éther. Une amélioration marquée se produit de nouveau, aussi rapide que la première fois. La femme est mise dans son lit, la tête très basse, presque en Trendelenburg. Délire assez violent, qui ne cesse qu'au bout de deux ou trois heures.

A midi, *nouvelle injection de sérum à 600 grammes*. Piqûre de caféine. Lait et limonade citrique en boisson : la soif est très vive. Cette fois, l'amélioration est décisive et définitive ; la connaissance revient entière et très lucide. A cinq heures du soir, le poulx est fort et plein à la radiale, à 105 ; les téguments sont colorés, la malade est bien, a uriné plusieurs fois, l'hémorrhagie ne s'est pas

reproduite. Le sérum artificiel a opéré une merveilleuse résurrection.

Le placenta pesait 450 gr, L'enfant, du sexe féminin, bien constitué : 2950 gr. (cette femme ne s'était pas reposée avant son accouchement) ; les diamètres céphaliques étaient normaux. La mère n'a pas allaité.

Rien à signaler dans les suites, si ce n'est l'état complet de flétrissure des varices des membres inférieurs, fait d'ailleurs normal. Les fils sont enlevés vers le 6^e jour, et la constitution robuste de la jeune femme reprenant le dessus, il ne reste plus rien au bout d'une semaine, d'un accident terrible qui avait failli entraîner la mort.

Par une coïncidence vraiment curieuse, au moment où nous corrigeons les épreuves définitives de ce travail, nous apprenions que cette jeune femme était entrée la nuit même à la Maternité Sainte-Anne et **qu'une nouvelle rupture de varices vulvaires** s'était produite au moment de l'accouchement.

M. Leroy, interne à la Maternité, nous a, avec une parfaite obligeance, remis aussitôt les notes suivantes ; nous l'en remercions vivement.

F. M... entre de nouveau à la Maternité Sainte-Anne, le 21 octobre, à onze heures du soir. Dernières règles le 2 janvier 1901.

A l'examen on constate : Utérus à 33 centimètres, sommet en G. A. ; souffre depuis seize heures ; dilatation d'une pièce de 50 centimes. Contractions fréquentes ; bruits du cœur fœtal normaux. On note l'existence de varices aux deux jambes, sur la face interne des cuisses, des grandes lèvres et sur les deux faces des petites lèvres ; elles sont particulièrement saillantes à l'orifice vulvaire, se-dispo-

sant par places en forme de paquets variqueux très nets.

A deux heures du matin, on rompt la poche des eaux qui apparaît à la vulve. L'accouchement se produit vers trois heures. Le fœtus est très rapidement expulsé et c'est seulement après sa sortie que l'on aperçoit à l'extrémité antérieure de la face interne de la petite lèvre gauche une déchirure d'un paquet variqueux qui laisse couler un flot continu de sang noir. Une pince à forci-pression est immédiatement appliquée et l'hémorrhagie est complètement arrêtée à ce niveau. Mais un sang noir continue à sortir abondamment par l'orifice vaginal et l'examen attentif fait constater que la déchirure vulvaire se continue sur la paroi vaginale où des vaisseaux variqueux sont pareillement ouverts. Tamponnement serré. L'hémorrhagie s'arrête complètement; l'accouchée avait perdu environ un litre de sang, mais l'intervention rapide et immédiate avait empêché l'apparition des phénomènes généraux graves qui avaient marqué l'accouchement précédent.

L'expression utérine est alors pratiquée et le placenta est bientôt extrait. Le placenta ayant chassé le tampon, l'hémorrhagie reprend de plus belle.

De nouveau tamponnement très serré et pince à demeure. L'accouchée est réchauffée, placée la tête basse; des boissons chaudes et excitantes sont administrées. Dans la matinée, son état était satisfaisant et tout fait prévoir une issue en tous points favorable.

L'enfant, du sexe maculin, pesait 3.200; le placenta 630.

$$\text{Diamètres de la tête} \left\{ \begin{array}{l} \text{B. P.} = 10 \frac{1}{2}. \\ \text{O. F.} = 12 \frac{1}{2}. \\ \text{Sus O. M.} = 14. \end{array} \right.$$

(Une cicatrice minime siégeant dans la région clitoridienne, décèle seule la rupture de l'accouchement précédent. Disons aussi que l'enfant succomba à l'âge de quinze mois, au milieu de phénomènes méningitiques.)

OBSERVATION III (personnelle et inédite).

(Ledoux et Delahousse)

Rupture de varices vulvaires, au moment de l'accouchement, chez une II pare de 21 ans. — Hémorrhagie très grave. — Suture en masse. — Guérison.

Léontine V..., 21 ans, II pare, entre le 8 avril, vers 10 heures du matin, à la Maternité Sainte-Anne; pas de passé morbide. Son accouchement antérieur date de 2 ans et ne présente rien de particulier. Règles pour la dernière fois au commencement d'avril 1900; elle a mené sa grossesse actuelle à terme sans accident, hormis quelques vomissements pendant les premiers mois.

Début du travail le matin à 6 heures; l'examen pratiqué à 10 heures nous révèle une présentation du sommet en position gauche antérieure; engagement presque complet, dilatation de 2 centimètres environ; poche des eaux intacte; nous remarquons seulement, au niveau de la vulve, un volumineux paquet variqueux, plus accusé sur la grande lèvre droite à la hauteur du clitoris. Ces varices n'existaient pas pendant sa première grossesse, et n'ont été remarquées que depuis deux mois.

Travail régulier; à 4 heures de l'après-midi, la dilatation est complète, rupture artificielle de la poche des eaux; quelques minutes après, les douleurs expulsives surviennent très violentes; à 4 heures 30, la tête se présente à la vulve et se dégage après 3 violentes contractions. A peine est-elle dégagée, qu'une énorme nappe sanguine, s'échappant de la partie supérieure de la vulve, la couvre entièrement et inonde le lit de la malade. Immédiatement on termine l'extraction du fœtus.

L'écoulement sanguin, moins abondant au moment du passage des épaules et du tronc, reprend de plus belle et devient inquiétant. L'utérus ne dépasse pas l'ombilic et paraît bien rétracté : on tente cependant l'expression utérine, aidée de tractions sur le cordon, sans résultat, du reste, et, après autopsie sommaire, la délivrance artificielle. Le placenta tombe dans le segment inférieur, seulement retenu par les membranes, et est extrait avec facilité. L'hémorrhagie persiste, presque aussi abondante qu'au début ; elle ne dure que depuis 2 minutes environ et on peut déjà évaluer à 1 litre $1/2$ ou 2 litres la quantité de sang épanché.

On fait immédiatement une injection intra-utérine d'eau très chaude, l'écoulement de sang diminue notablement, mais pour quelques secondes seulement. Nous pensons alors au paquet variqueux constaté quelques heures auparavant, il est maintenant affaissé, les petites lèvres sont écartées et un jet de sang noir du volume d'une plume d'oie jaillit de la région clitoridienne. Une compression modérée avec l'index, puis avec un tampon, arrête définitivement l'hémorrhagie.

Nous nous rendons alors compte de la nature de la lésion ; elle siège sur la petite lèvre gauche, près de son bord adhérent, dans la région comprise entre le clitoris et le méat urinaire, et forme une solution de continuité longue de 2 centimètres, profonde de 7 à 8 millimètres. C'est une plaie linéaire dont on écarte facilement les lèvres ; on obtient ainsi une plaie plate constituée par une série d'orifices, les uns à peine perceptibles, les autres ayant presque le volume d'une plume d'oie ; on compte une dizaine de pertuis. Quand on cesse de comprimer le pourtour de la plaie, l'hémorrhagie reparait par les orifices les plus larges.

La conduite à tenir s'imposait : il ne fallait pas songer à faire la torsion ni la ligature séparée sur ces grosses

veines à paroi considérablement réduites. La ligature en masse avec un surjet de catgut comprenant les parties profondes réalisa une hémostase définitive. Pour tout pansement un tampon antiseptique fut placé à la partie antérieure de la vulve entre les deux lèvres et renouvelé les jours suivants.

Suites de couches excellentes. Le poulx se releva dans la soirée et l'état général devint rapidement satisfaisant.

Rien de particulier les jours qui suivirent; notre accouchée quittait la Maternité au 12^e jour. L'enfant pesait 3.970. Diamètres céphaliques au-dessus de la normale (1).

D. Bi-pariétal = 10.5.

D. Occipito-frontal = 12.5.

D. Occipito-mentonnier = 14^e.

Dans certains cas, le mode de rupture des varices vulvaires peut être différent, et un thrombus peut précéder immédiatement la rupture. Ces cas doivent nécessairement trouver place ici, car la seule différence est que la varice se rompt à l'extérieur en deux temps au lieu d'un. Cette question de trombus variqueux a été controversée. M. le professeur *Budin*, dans sa thèse d'agrégation, donne un exposé très clair de la question, et conclut que les thrombus, reconnaissant pour cause les varices de la région, sont bien moins fréquents que ceux indépendants de l'existence des varices (8 cas sur 61). Pour nous, nous n'admettons rigoureusement que les cas où, étant donnée la pré-

(1) Cette femme a été revue ces jours derniers (octobre 1901). Sa santé est excellente, son enfant se développe normalement et est nourri au sein.

sence manifeste de varices vulvaires, un trombus se formait avant l'expulsion ou au moment même et crevait au passage de l'enfant. L'observation suivante en est un bel exemple :

OBSERVATION IV (Wiffels).

Rupture d'un thrombus variqueux de la grande lèvre droite, au moment de l'accouchement, chez une VIII pare. — Mort de la mère et de l'enfant.

Dans la nuit du 6 septembre 1849, on vint me prendre pour assister une femme pendant son accouchement.

Le travail avait commencé depuis peu d'heures. C'était une personne robuste, sanguine, d'un embonpoint assez prononcé et jouissant d'une santé parfaite. Elle était mère de huit enfants dont elle avait toujours accouché avec facilité. Seulement, pendant les dernières semaines de la grossesse actuelle, la marche avait été très pénible, et les extrémités inférieures fortement œdématiées. Par le toucher je constatai une assez grande dilatation du col utérin. La poche des eaux n'était pas rompue, la tête de l'enfant n'était pas encore fort engagée dans l'excavation. Néanmoins, d'après les contractions utérines qui étaient très fortes et la bonne position de l'enfant (O. I. G. A.), je pouvais diagnostiquer une délivrance prompte et facile. Mais quel fut mon étonnement lorsque, après quelques douleurs fortement prononcées, je vis la grande lèvre du côté droit se distendre subitement, augmenter rapidement de volume, et devenir en peu d'instant tendue et fluctuante. Etourdi, je l'avoue, de cet accident, je soupçonnai tout d'abord une hernie. Mais bientôt après la tumeur

augmentant toujours sous et malgré la compression de ma main, et ayant déjà acquis le volume du poing, se rompit si brusquement pendant une forte douleur, que le sang fut projeté à une distance de plusieurs pieds.

Croyant cet accident fort grave, j'envoyai en toute hâte chercher mon forceps, que j'avais négligé de prendre avec moi, à cause des couches faciles précédentes, pour terminer au plus vite l'accouchement. Entre temps, un sang noirâtre continuait à sortir par l'ouverture qui s'était faite à la grande lèvre. Dans cette ouverture, on pouvait facilement introduire le pouce. Pendant les contractions, le sang était poussé par saccades, mais ne coulait pas avec intensité dans les intervalles. A partir de ce moment, et après plusieurs douleurs, la femme commença à se plaindre d'étouffement, et finit par dire qu'elle allait mourir faute d'air. Quelques minutes après, la femme succomba en effet, sans que l'on s'y attendit, et sans que l'on s'en aperçut. Trois quarts d'heure environ après l'accident, on apportait le forceps. Il me servit à extraire un enfant qui avait également cessé de vivre.

Quant à la rupture, elle est souvent multiple et siège alors soit à la région clitoridienne ou sous-clitoridienne, soit à la partie des grandes et petites lèvres immédiatement avoisinantes. Elle intéresse une veine seule ou bien un paquet variqueux, d'où le sang s'échappe alors par plusieurs orifices. C'est ce que nous pûmes observer dans notre observation II : au niveau de la région clitoridienne, on apercevait nettement cinq ou six pertuis de la grosseur d'une plume d'oie, d'où le sang s'échappait en abondance.

La coloration du sang est noirâtre, mais le peu de

netteté de ce caractère le rend la plupart du temps négligeable.

Ce dont il faut bien se pénétrer, c'est que l'hémorrhagie par rupture de varices vulvaires *ne diffère en rien de l'hémorrhagie utérine post-partum*. Tout concourt à l'illusion complète. Après l'expulsion, les parties génitales se sont rapprochées, elles sont plus ou moins souillées, les poils sont agglutinés et le sang vient couler à la fourchette, suivant la déclivité naturelle. Comment ne pas songer instinctivement à une hémorrhagie utérine !

DIAGNOSTIC

Le diagnostic, cependant, a ici une importance capitale, car, dans l'immense majorité des cas, c'est la vie de l'accouchée qui est en jeu. Dans l'hypothèse erronée d'une hémorrhagie utérine, la main comprime en vain l'utérus, totalement étranger aux accidents dont la gravité croît de minute en minute, le placenta même est expulsé sans diminuer aucunement l'abondance de l'écoulement ; l'état de la femme s'aggrave rapidement et une issue fatale devient imminente si un diagnostic ferme n'est pas immédiatement établi.

Y a-t-il un signe qui puisse faire cesser cette confusion dangereuse ? Ce signe existe, et il est capital : **c'est la rétraction normale de l'utérus.** L'utérus, en effet, totalement étranger à l'hémorrhagie, revient sur lui et forme globe. Dès lors, l'esprit doit chercher ailleurs et songer au vagin, à la vulve ou au périnée dont un examen rapide établira le diagnostic de lésions éventuelles. En ce cas, utérus contracté veut dire :

« Passez au large », si on nous permet l'expression, et c'est un signe sur lequel on ne saurait trop insister. Il donne à l'accoucheur l'avertissement le plus clair et le plus précis sur la conduite à tenir ; l'inspection des parties génitales externes sera, dès lors, son premier souci, et si ses recherches sont vaines en ce point, il devra porter plus loin ses investigations, mais ce n'est plus notre sujet. (Nous nous limitons, en effet, à l'étude des varices vulvaires, laissant par conséquent complètement de côté les hémorrhagies *post-partum* qui n'ont leur siège ni dans l'utérus ni dans la région vulvaire.)

Il ne faut cependant pas être absolu, et des réserves sont nécessaires, car ce signe de la rétraction utérine pourra manquer dans deux cas : inertie utérine et placenta prævia. S'il y a coexistence d'inertie, la confusion sera presque fatale et le pronostic très sombre ; en second lieu, il y a certains cas, dit M. Oui (*Revue d'obstétrique*, 1893), « où vous constaterez le » globe de sûreté, et cependant une hémorrhagie abondante se produira sans lésion sérieuse de la vulve ou du vagin ; je veux parler des hémorrhagies qui succèdent à la délivrance, lorsqu'il y a insertion vicieuse du placenta. Le segment inférieur, peu développé, se contracte alors fort mal après la délivrance ». Il y a inertie utérine partielle, et le diagnostic porté d'insertion vicieuse du « placenta » permettra de ne pas hésiter sur l'origine de l'écoulement sanguin ». Mais l'étude des antécédents de l'accouchée (hémorrhagies, rupture prématurée des

membranes) pourra éveiller l'attention et mettre sur la voie du diagnostic.

La rétraction de l'utérus est certes le signe capital ; il en est d'autres, cependant, qui peuvent aider au diagnostic. M. *Budin* a signalé, dans une observation que nous reproduisons ici, l'aspect parfois très spécial de l'hémorrhagie au début : le sang coule de chaque côté du cou de l'enfant en deux filets plus ou moins abondants. Ce signe est excellent, lorsqu'il peut être bien observé, car le tronc obturant le vagin, le sang doit provenir des parties externes. Souvent malheureusement, il ne se produit pas aussi nettement. L'accoucheur surpris perçoit un jet de sang brusque, et c'est tout. M. le Professeur *Budin* a décrit un autre signe qui indiquerait une hémorrhagie vaginale : c'est une large tache de sang s'étendant sur l'épaule et sur le tronc. Ce signe peut, à plus forte raison, s'appliquer aux hémorrhagies vulvaires ; il élimine par le fait même tout écoulement provenant de la partie postérieure du vagin ou du col de l'utérus. En effet, dans ce dernier cas, le sang serait effacé, balayé en quelque sorte par le frottement des parois vaginales, ce qui ne peut évidemment pas se produire, lorsque l'hémorrhagie se produit à la limite la plus antérieure des organes génitaux.

OBSERVATION V (*Budin*)

Le 16 décembre 1875, j'assistai à la Maternité à l'accouchement de la nommée Bavo..., primipare. L'enfant

présentait le sommet en O I G A. La tête étant sortie, lorsque le corps se dégagea, je remarquai sur l'épaule droite une large tache de sang qui se continuait sur toute la partie latérale du tronc et sur le siège du même côté. Pendant qu'on essuyait l'enfant, et qu'on attendait la cessation des battements du cordon pour en faire la ligature, me rappelant un fait dans lequel un vaisseau clitoridien s'étant rompu, j'avais vu couler le sang sur le cou du fœtus avant la sortie du tronc, je me demandai si une hémorrhagie n'allait pas avoir lieu, hémorrhagie dont la source serait non pas au niveau du clitoris, mais un peu en arrière, puisque du sang n'avait pas glissé sur le cou de l'enfant. En surveillant attentivement la vulve, je vis, après quelques minutes, du sang rouge couler abondamment. Je signalai cette hémorrhagie à l'aide sage-femme qui s'occupait de l'enfant, et je lui en indiquai la source probable. *

Elle mit immédiatement la main sur le fond de l'utérus, comprima et déprima cet organe. Une certaine quantité de caillots sortit par la vulve, elle crut alors à une hémorrhagie utérine et donna l'ordre de préparer du seigle ergoté. Je lui fis remarquer que l'utérus, sous sa main, était dur, contracté et que, cependant, un écoulement abondant persistait.

Après avoir placé la femme dans une situation qui permettait à la lumière d'arriver sur les parties génitales, j'écartai les lèvres et les parois du vagin, et je vis, du côté droit, ruisseler du sang très rouge, dont la couleur contractait avec la coloration foncée noirâtre des caillots.

Il y avait là des varices nombreuses et volumineuses qui s'étaient rompues en un point qu'on put voir exactement après avoir essuyé la muqueuse. De même sur la paroi gauche du vagin, il existait des varices énormes qui présentaient également une déchirure par laquelle s'écoulait une certaine quantité de sang.

Ce qui s'était passé est facile à comprendre. Aussitôt après la sortie du corps, le sang avait coulé et s'était accumulé dans le vagin. Le canal s'était laissé distendre, puis enfin le sang avait coulé en dehors. En comprimant l'utérus on avait abaissé cet organe et du même coup chassé une partie des caillots contenus dans le vagin. L'expression faite à ce moment par l'aide sage-femme avait suffi pour en faire sortir le placenta. On introduisit un linge dans le vagin et on fit la compression des deux côtés. L'hémorragie s'arrêta ; au bout de 10 minutes on cessa la compression ; sur la paroi latérale droite, le sang ne coulait plus, mais l'écoulement persistait sur la paroi gauche. On fit de nouveau la compression : après un quart d'heure toute hémorragie avait cessé.

Quinze jours après, j'eus l'occasion d'observer un nouveau fait de ce genre. Il s'agissait encore d'une primipare ; lorsque le tronc sortit, l'épaule et tout le côté qui était dirigé en haut se trouvaient être le siège d'une large tache de sang. Je pus, au grand étonnement des élèves, prédire une hémorragie des parois du vagin. Après quelques minutes en effet le sang coulait abondamment. Les caillots contenus dans la cavité vaginale furent enlevés et les lèvres écartées : on vit alors qu'une varice des parois s'était rompue et était la source d'une hémorragie que des lavages à l'eau froide, puis la compression, permirent d'arrêter.

Enfin, les commémoratifs ont aussi une réelle importance : des varices vulvaires bien constatées doivent tenir en éveil l'esprit du praticien et l'éclairer le cas échéant. La coloration spéciale du sang, ordinairement très noir, pourra aussi aider au diagnostic.

Mais nous ne cesserons de le répéter, le signe capital

est la rétraction de l'utérus. Le danger réside essentiellement dans la confusion avec une hémorrhagie utérine *post partum* : « J'ai observé, quatre fois, disait » *Audebert* au Congrès de Genève, des déchirures » vestibulo-clitoridiennes consécutives à l'accouchement, ayant pris des proportions inquiétantes chez » de nouvelles accouchées que l'on croyait atteintes » d'inertie utérine, et chez lesquelles la véritable » source de l'hémorrhagie n'avait pas été soupçonnée. »

On n'y pense pas, voilà le fait ; et cependant, **y penser, c'est sauver la femme.** En face donc d'une hémorrhagie *post partum* et d'un *utérus dur et contracté*, il faut commencer immédiatement par l'examen des organes génitaux externes, examen qui fera aussitôt découvrir le corps du délit, s'il s'agit de rupture de varices vulvaires.

PRONOSTIC

Cet accident est généralement très grave, souvent mortel. Je sais bien qu'il doit exister beaucoup de cas bénins comprenant des déchirures plus ou moins importantes de la région où un vaisseau, le plus souvent physiologiquement dilaté et dénommé variqueux, a donné du sang. De ce chef, je pourrais être taxé de pessimisme. Je prétends cependant que la rupture d'une varice réellement constatée, à plus forte raison de plusieurs, est un fait toujours sérieux, le plus souvent très grave et très souvent mortel. A la fin de la grossesse, les dilatations variqueuses arrivent à leur maximum : le cours du sang est de plus en plus gêné dans sa marche ascendante, la structure des parois veineuses a subi des altérations progressives qui en diminuent considérablement la résistance ; tous ces troubles atteignent leur apogée au moment de l'accouchement. Qu'une porte de sortie soit alors ouverte au sang et une hémorrhagie terrible, d'autant

plus funeste qu'elle pourra alors prêter à confusion, en sera la conséquence.

Cette gravité, tous les auteurs l'ont signalée. *Peu*, en 1694, écrivait : « Il est à craindre que ces varices » ne se rompent, et qu'elles ne causent, par leur » rupture, une perte de sang considérable, capable de » faire mourir » ; *Chailly-Honoré* : « la femme peut » périr d'hémorrhagie » ; *Baudelocque* : « elles peuvent » par leur rupture donner lieu à de grands accidents... » De même *Cazeaux*, *Blot*, *Joulin*, *Deneux*, *Hubert*, *Naegelé et Grenser*, *Mathews Duncan*, *Cazin*, *Queirel*, *Budin*, *Pinard*, *Moussaud*, *Bordas*, *Mougeot*, *Auvard*, *Ribemont et Lepage*, etc., etc., ont tous signalé cette gravité soit dans leurs écrits, soit dans les travaux qu'ils ont inspiré. L'on est étonné à bon droit, après cette énumération de faits et d'opinions, de lire cette phrase de *Velpeau* parlant de la vulve : « On ne trouve » dans cette région aucun vaisseau assez volumineux » pour inquiéter ». Le grand clinicien qu'était Velpeau, ne songeait évidemment pas aux varices vulvaires des femmes enceintes.

Laissons maintenant parler notre statistique (Observations I et V exceptées) :

Sur 20 cas, nous trouvons :

11 morts, dont 8 en moins de 30 minutes.

4 hémorrhagies très graves.

4 bénignes.

Soit une proportion de 55 % de mort, et de 75 % de cas mortels ou ayant mis la femme en imminence de

mort ; il est inutile, croyons-nous, d'insister sur de pareils chiffres.

Il nous faut insister encore sur un point qui avait frappé divers auteurs : c'est la gravité toute particulière de ces cas, la mort presque foudroyante qui enlève les malheureuses victimes. Ce fait frappe d'autant plus qu'il n'est pas de praticien qui n'ait eu l'occasion d'observer des hémorrhagies profuses succédant à des traumatismes, des blessures, etc., qui, tout en anémiant le blessé, étaient loin de comporter un pronostic aussi sombre. La vigoureuse jeune femme de notre observation I eut été certainement emportée en moins de vingt minutes.

Diverses explications ont été données : *Peter* invoquait une fluidité spéciale du sang ; *Forgeot* une altération générale de l'organisme, etc. Nous nous bornerons à faire remarquer que l'exagération de la circulation génitale pendant la période puerpérale favorise évidemment l'abondance et la rapidité de l'écoulement sanguin, étant donnée surtout la très grande richesse de la région en vaisseaux, communiquant par des trajets souvent très courts avec de larges voies sanguines d'apport et de retour.

Le danger immédiat écarté, il faudra songer à éviter avec soin toutes les causes d'infection, et cela d'autant plus que l'organisme, très affaibli, se trouve dans un état de moindre résistance.

Disons cependant, en terminant, que la rupture des varices vulvaires au moment de l'accouchement est rare, très rare même. *Cazin*, dans son mémoire du

prix Capuron (1879), s'exprime ainsi : « Cette rupture est peu fréquente... Je n'en ai relevé que deux cas authentiques... » A la Maternité Sainte-Anne, nous n'en avons relevé aucun cas sur près de 6.000 accouchements, et notre Maître, M. le professeur *Eustache*, n'en a jamais observé dans sa longue pratique.

Toutes les recherches auxquelles nous nous sommes livré dans la littérature médicale ne nous ont donné que 20 cas, y compris nos deux observations ; nous avons la conscience de les avoir faites aussi étendues que possible, mais, outre les omissions inévitables, il faut compter aussi sur les cas, bénins ou graves, qui, pour des raisons inconnues de nous évidemment, n'ont jamais fait l'objet d'une publication quelconque.

TRAITEMENT

L'abondance de l'hémorrhagie, sa rapidité souvent foudroyante exigent une prompte intervention. La première chose à faire est de comprimer ou de tamponner par n'importe quel moyen : ouate, agaric, pression du doigt sur les arcades pubiennes, serre-fine, etc. L'eau froide réussit quelquefois à arrêter l'écoulement sanguin, mais ces moyens n'ont de chances de succès que dans les cas bénins. Il faut employer un moyen sûr qui n'expose pas à de dangeureuses récidives : le thermocautère a l'inconvénient de produire une eschare, et, d'ailleurs, il n'est pas toujours efficace ; la ligature séparée est parfois très difficile et tient mal sur les tissus altérés.

L'application d'une pince à forcipressure laissée en place et mieux encore *la ligature en masse* nous paraissent devoir être préférées dans les cas de rupture grave de varices vulvaires où l'on trouve presque

toujours plusieurs pertuis ; la solution de continuité est ainsi parfaitement close.

« Pour ce qui est de la suture, dit M. le professeur » *Duret*, je la préfère en masse, en embrochant avec » une aiguille le paquet veineux et les tissus voisins ; » on fait ainsi une suture médiate que l'on peut arriver » à faire aussi en plusieurs fois. Je crois que ce pro- » cédé assurerait l'hémostase définitive d'une façon » plus certaine. »

« L'hémostase, dit *Audebert*, ne sera assurée d'une » façon définitive ni par la compression, ni par des » ligatures séparées... » Deux ou trois crins de Florence, ou points de catgut, englobant bien le siège de la rupture et fortement serrés, suffisent parfaitement. Nous croyons inutile d'ajouter que, bien plus que jamais, la plus stricte antisepsie doit présider à ces interventions.

Ce traitement local a évidemment une très grande importance ; mais ne pas user d'autres moyens, capables de lutter contre l'anémie profonde de la femme et de relever l'état général, serait souvent simplement reculer l'issue fatale.

On pratiquera des frictions à l'alcool ; on flagellera les téguments avec un linge mouillé et chaud. La tendance au refroidissement doit être activement combattue : couvertures chaudes, cruchons d'eau chaude, température élevée de la chambre.

La malade sera placée en position de Trendelenburg, la tête en bas et le bassin élevé, afin de diminuer l'anémie cérébrale aiguë. Dans le même but, on donne aux

quatre membres une direction presque verticale, et on les maintient dans cette attitude. Il est très utile aussi d'entourer les membres avec une couche épaisse de coton sur lequel on applique une bande dont les tours compriment les tissus depuis l'extrémité des membres jusqu'à leur racine.

La bande d'Esmarch appliquée de la même façon agit encore énergiquement, mais son emploi détermine bientôt des douleurs insupportables qui obligent à l'enlever.

Cette attitude verticale des membres ou cette compression peut faire refluer dans le tronc une assez grande quantité de sang (500 grammes environ), aussi l'a-t-on appelée *auto-transfusion*. La compression de l'aorte, alors même que toute hémorrhagie a cessé, est un autre mode d'auto-transfusion qui maintient le sang dans le thorax et la tête ; elle peut donc être momentanément utile.

L'immobilité la plus complète sera imposée à la malade, tout mouvement pouvant provoquer une syncope mortelle.

Pour relever les forces, divers moyens peuvent être employés : on donnera du cognac ou une potion de Todd à grandes doses fractionnées, qu'on administrera avec une cuiller afin d'éviter tout soulèvement de la tête. Ces grandes doses (500 grammes et plus encore) sont, dans ces conditions, supportées avec une surprenante facilité, sans produire d'ivresse ; les malades ne se plaignent nullement de la force du breuvage.

En pareil danger, les injections hypodermiques

d'éther, de caféine, constituent une précieuse ressource qu'on ne saurait trop recommander.

Tous les moyens que nous venons d'énumérer sont des adjuvants d'une valeur certaine, mais ce ne sont que des adjuvants. La seule thérapeutique vraiment efficace consiste dans les injections sous-cutanées massives de sérum artificiel, aujourd'hui entrées dans la pratique courante. Il est absolument hors de doute qu'elles seules ont pu relever suffisamment l'état général de notre jeune femme (obs. I), devenu si précaire, et qu'elle doit la vie à l'injection de 1.000 gr. qui fut pratiquée immédiatement. Nous avons discuté, dans le cours de ce travail, les modes sous-cutané et intra-veineux : nous persistons, dans ces cas, à préférer la voie sous-cutanée, qui n'expose pas à perdre un temps précieux en inutiles tâtonnements. Les injections d'eau salée seront répétées à intervalles variables jusqu'à amélioration définitive.

OBSERVATIONS

(Suite)

OBSERVATION VI

De Peter Yung, extraite d'un travail sur les « hémorrhagies dangereuses des organes génitaux externes pendant et après le travail ».

Le 23 septembre 1877, je fus appelé en toute hâte auprès d'une femme qui, d'après le dire du commissionnaire, avait donné naissance à un enfant depuis quelques minutes, et qui avait une hémorrhagie alarmante. Dès mon arrivée, environ 15 minutes après la naissance de l'enfant, je trouvai la malade, âgée de 25 ans. Elle avait perdu connaissance deux fois. Pouls radial à peine perceptible. Elle est sans mouvements. Peau pâle, pupilles dilatées et sans expression, les traits tirés et la bouche ouverte. En enlevant les compresses appliqués sur la vulve, je trouvai une grande quantité de caillots sur les linges : l'hémorrhagie avait cessé. En examinant l'utérus, je le trouvai fortement contracté, remonté au-dessus de la

symphise. Au toucher aucune plaie du col ou du vagin. Comme il fallait prévenir toute récurrence d'hémorrhagie, je tamponnai immédiatement le vagin, j'appliquai une compresse sur la vulve; j'essayai de relever le poulx en injectant dans le rectum de l'eau-de-vie, j'entourai les extrémités de flanelle chaude, et j'appliquai de la poudre de moutarde sur la région précordiale. Ces moyens furent insuffisants et en quelques minutes la malade mourut.

Les commémoratifs m'apprirent que les douleurs avaient commencé d'abord faibles vers 4 heures, plus fortes vers 7 heures. A ce moment la sage-femme fut appelée; à 7 heures 1/2 la poche des eaux se rompit, les efforts de la femme amenèrent à la vulve la tête de l'enfant qui en sortit à 8 heures. L'enfant était fort, vigoureux et se mit à crier.

Au moment où la tête était hors de l'orifice vulvaire, la sage-femme vit du sang sortir en grande quantité autour de la tête.

Après l'expulsion de l'enfant, l'hémorrhagie continua aussi abondamment qu'avant, et pour l'arrêter, on fit la délivrance artificielle. L'utérus se contracta. Rien n'y fit, et ce ne fut que lorsque la malade s'évanouit que l'hémorrhagie se ralentit. C'est à ce moment que je fus appelé. L'autopsie fut accordée après quelques difficultés. L'ovaire et l'utérus étaient anémiés. Le cœur était vide, tous les organes exsangues. La surface de l'utérus était unie, sa cavité vide. A l'insertion du placenta près du fond de l'utérus, de nombreux caillots dans le sinus. Le col était mou et flasque. Le vagin était large, ses parois épaissies. En écartant les lèvres avec les doigts, on voyait distinctement une déchirure de 5/8 de pouce de long, s'étendant du côté gauche de l'urèthre jusqu'à la partie gauche du clitoris. Le fond de la plaie, qui était profonde d'environ 7/8 de pouce, présentait une apparence spongieuse dont les espaces communiquaient librement l'un avec l'autre et

avec des veines ouvertes. Autour, 2 ou 3 vaisseaux variqueux. Il y avait de nombreuses déchirures de la muqueuse autour de l'orifice vaginal. Aucune varice veineuse des organes génitaux externes.

OBSERVATION VII

(Steudel, d'Esslingen. *Gaz. méd.*, 1834).

Hémorrhagie mortelle occasionnée par la rupture d'une varice pendant l'accouchement.

Une femme de 30 et quelques années, chez laquelle deux grossesses et deux accouchements précédents avaient suivi une marche régulière sans accident particulier, remarqua vers la fin de la troisième grossesse une tumeur molle sortant hors du vagin, que la sage-femme déclara être une grosse varice puerpérale (Kindsader) et pour laquelle elle prescrivit de tirer du sang. La tumeur diminua par ce moyen, mais ne disparut pas, et même, au bout de quelque temps, elle augmenta de volume. Du reste, la femme se trouvait bien ; et quoique je vinsse dans la maison pour donner mes soins à un enfant, jamais elle ne se plaignait à moi de souffrir.

L'accouchement suivit une marche naturelle ; mais à l'arrivée de la tête dans l'excavation du bassin, la tumeur se rompit tout à coup, et il s'en écoula, autant que je puis en juger, une quantité de sang équivalent à six ou sept litres. La malade devint très faible, les extrémités se refroidirent, elle perdit connaissance.

Je fus aussitôt appelé avec un accoucheur, mais toutes les tentatives pour la rappeler à la vie furent inutiles.

Le sac, vide de sang, qui, même dans cet état de

vacuité, aurait pu contenir le poing, pendait hors de la vulve. On applique le forceps ; mais comme il glissait toujours, on opéra la version qui amena promptement un enfant mort avec un spina bifida et occiput arrêté dans son développement.

OBSERVATION VIII

(J. Cornillon. *Mouvement médical*, 2 Juin 1872).

Marquet, primipare, fille domestique, 17 ans, vint à la Maternité, salle d'accouchements, le 6 mars 1867, à une heure et quart du matin, ayant de nombreuses varices à la vulve. L'orifice était mince, souple, dilaté de 2 centimètres environ. Les membranes étaient rompues depuis le 5 mars, à 10 heures du matin, la tête basse, tuméfiée, en O. I. G. A. Les bruits du cœur à gauche, en bas et en avant. La dernière époque des règles remontait au 18 juin et le développement de l'utérus portait à croire que la grossesse datait de huit mois et demi environ. Cette femme avait de l'infiltration des membres inférieurs, et l'urine contenait un peu d'albumine. Elle souffrait depuis la veille, 8 heures du soir. Les contractions faibles et éloignées devinrent plus fortes et plus fréquentes vers 5 heures du matin. La dilatation fut complète à 6 heures 25. La tête franchit aussitôt l'orifice utérin, mais les contractions étant devenues faibles, et les efforts d'expulsion aussi, la tête progressa peu. A sept heures, M^{me} Alliot fit marcher Marquet, afin que la pression de la tête sur le plancher du bassin déterminât du ténesme, et par suite des contractions plus énergiques. Ce moyen réussit très bien, et à 7 heures 15 la tête s'engagea largement dans la

vulve. A 7 heures 20 minutes, la tête était expulsée. Aussitôt après sa sortie, un jet de sang jaillit de la vulve, et on s'aperçut qu'il venait de l'ouverture d'une varice siégeant à la partie inférieure et latérale droite de l'orifice vulvaire. On fit une compression légère avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer étendu d'eau, et l'hémorrhagie cessa. Puis, comme cette femme était albuminurique, et par cela prédisposée à perdre, on fit donner 50 centigrammes de seigle ergoté afin d'éviter une hémorrhagie utérine. Malgré cette précaution, il s'échappa 400 grammes de sang fluide avec le placenta. Le sang qui imbibait les linges et venait en grande partie de la varice rompue fut évalué à 3 ou 400 grammes, ce qui faisait en tout 7 à 800 grammes.

La femme n'eut aucun symptôme d'affaiblissement. Elle fut transportée à Sainte-Madeleine, n° 36, où elle eut des suites de couches compliquées d'embarras gastrique, et de lymphangites sur les mamelles. (Extrait des registres de M. Trélat, 1867).

OBSERVATION IX

(De la Maternité. — Tarnier.)

Marguerite R..., primipare, 22 ans, présentation du sommet en occipito-iliaque gauche antérieure ; l'occiput s'inclina légèrement du côté gauche et l'on vit s'écouler à droite et à gauche une certaine quantité de sang rutilant. Le sang ne pouvait venir de l'utérus, les épaules et le tronc remplissant la cavité vaginale.

Ces parties furent expulsées à leur tour, et, au fur et à mesure qu'elles se dégageaient, on voyait sortir, couvert

de sang, tout le côté droit de l'enfant, côté qui était dirigé en haut.

Nous pensâmes à une hémorrhagie clitoridienne, dont M. Laroyenne, de Lyon, avait quelques mois auparavant rapporté quelques exemples. Après l'expulsion de l'enfant, le sang continua de couler abondamment. Il était rutilant et venait de la branche droite du clitoris. A plusieurs reprises, on fit des lavages à l'eau froide ; l'écoulement diminua beaucoup ; quelques minutes après, la délivrance fut faite par expression. Le placenta sortit par son bord, sa face utérine n'était pas recouverte des membranes.

L'écoulement du sang continuait par la plaie clitoridienne ; quelques nouveaux lavages à l'eau froide et dix minutes de compression firent cesser l'hémorrhagie. L'enfant était du sexe masculin, volumineux ; sa longueur de 69 centimètres, son poids 3.700 grammes.

OBSERVATION X (Jumné).

(*Revue de médecine et de chirurgie*, t. VII, p. 112).

Le 21 octobre 1849, M. Jumné fut appelé auprès d'une femme en travail, mère de six enfants, anémique, affectée de profonds chagrins et plongée dans un état lipothymique presque continu. Les membranes étaient rompues, l'utérus contracté, les grandes lèvres formaient deux énormes tumeurs variqueuses. Il y avait présentation de l'épaule gauche avec issue du bras. M. Jumné introduisit la main pour faire la version. Au moment où il tenait un des pieds, il se forma instantanément un thrombus du volume d'une tête d'enfant dans la grande lèvre gauche. Bientôt il se déchira, et environ deux pintes de sang s'écoulèrent. M. Jumné ramena le pied au dehors, le fixa par un lacs

et tamponna le thrombus déchiré. Au bout d'une demi-heure, tout allait bien. Il tenta l'extraction de l'enfant, mais la tête resta engagée dans l'excavation. Pendant qu'on était allé chercher un forceps, la femme expira dans une syncope.

OBSERVATION XI (Elbert)

(*Archives de Médecine et de Chirurgie*, 1834, t. v. p. 160.)

Je fus appelé, le 29 novembre 1832, auprès d'une femme en travail. A mon arrivée, j'appris qu'elle venait de mourir. Elle me parut d'une forte constitution, mais elle était de petite taille. Elle était âgée de 32 ans, et au terme de sa huitième grossesse, pendant laquelle elle s'était toujours bien portée. Les douleurs de l'accouchement s'étaient montrées à onze heures du matin. La sage-femme, appelée aussitôt, trouva la tête s'engageant la première. La poche des eaux ne s'était pas encore rompue. Les contractions se succédaient rapidement. Mais au milieu du travail il s'écoula dans la cuvette placée au-dessous de la chaise une grande quantité de liquide. La sage-femme crut que c'était le liquide amniotique qui s'écoulait ; mais à la pâleur et à la faiblesse de la malade elle se douta du danger, et en examinant la cuvette, elle la trouva remplie d'une grande quantité de sang. La femme fut remise dans son lit. Une demi-heure après elle rendit le dernier soupir. Le cadavre offrait un aspect exsangue, le visage était couleur de cire. Il existait à la grande lèvre droite une couleur bleuâtre avec trois ouvertures à travers lesquelles les doigts arrivaient dans une vaste cavité qui contenait encore du sang coagulé. On remarquait aussi sur la grande

lèvre du côté gauche et sur les membres inférieurs de petites tumeurs variqueuses. La tête du fœtus se présentait dans le détroit en première position. La version fut faite. Le fœtus, du sexe masculin, était mort exsangue. Le bassin avait sa conformation normale. Le délivre, placé à droite, adhérait faiblement à la matrice.

OBSERVATION XII (Cazin)

Cazin a été appelé le 1^{er} mai 1870, auprès d'une dame de 39 ans, primipare qui venait d'être accouchée par M^{me} G..., sage femme. Avant la délivrance, elle avait été prise d'hémorrhagie considérable, le col était inondé de sang. Pensant à un décollement partiel du placenta, j'introduisis la main et pus extraire sans rencontrer de difficulté le délivre. L'utérus se contracta immédiatement, mais l'écoulement continuait et une syncope se manifesta. Voulant chercher le point précis d'ou partait la perte, je fis mettre la malade sur le bord du lit et lavant à grande eau, je ne tardai pas à découvrir une fissure presque imperceptible siégeant sur le capuchon du clitoris à gauche et se dirigeant vers la petite lèvre correspondante. N'ayant pas de serre-fine sous la main, j'arrêtai promptement l'issue du sang en passant une épingle ordinaire comme une suture entortillée, de chaque côté des lèvres de la solution de continuité et en la fixant avec un fil ciré.

La guérison se fit sans accident. La varice, qui avait été le point de départ de l'hémorrhagie prit un développement plus considérable à une nouvelle grossesse survenue 3 ans après. Mais cette fois l'accouchement ne présenta aucune complication.

OBSERVATION XIII (Klaproth)

(*Monatsschrift für Geburtshunde*, XI, p. 81, 1858.)

Primipare, 26 ans. Troisième présentation occipitale qui se transforma en seconde. Les deux premières périodes du travail avaient bien marché, puis, dans les deux suivantes, les contractions cessèrent sans cause visible. Après qu'on eut attendu longtemps, et donné du seigle ergoté sans succès, il fallut, vers une heure de l'après-midi, appliquer le forceps, opération facile, qui amena l'enfant vivant.

Aussitôt après l'accouchement apparut une hémorrhagie qui ne cessa pas, malgré l'extraction du placenta, et une rétraction convenable de l'utérus. Les injections froides restèrent sans résultat. Un examen plus minutieux montra que le siège de l'hémorrhagie se trouvait en un point de la paroi vulvaire antérieure, circonscrivant l'orifice du méat, et s'étendant jusqu'au clitoris. Elle avait comme dimension au plus la grandeur d'une pièce de deux silbergroschen (25 centimes). La muqueuse, dans toute l'étendue du point lésé, était érodée, et en même temps la paroi superficielle de deux varices du volume d'une plume d'oie, au moins, était aussi érodée. Il en sortait continuellement un jet notable de sang. Rien ne servait : ni le froid, ni la compression, ni le tampon, ni le tannin, ni la solution diluée de perchlorure de fer, et je fus obligé de pratiquer la ligature. En outre, pour garantir l'arrêt absolu de toute hémorrhagie parenchymateuse, en ce point proportionnellement petit, mais intéressant toute la muqueuse, on maintint, au moyen d'un bandage en T, un tampon de charpie imbibé de tannin. L'hémorrhagie avait été assez considérable. Les

symptômes d'anémie, qui avaient été légers, diminuèrent dans l'après-midi, et le jour suivant, l'état de la femme était assez satisfaisant, quand soudain, le soir, c'est-à-dire trente heures environ après la fin de l'accouchement, il y eut des accidents de périmétrite qui emportèrent la malade grâce à la fièvre puerpérale qui régnait à la Maternité.

Autopsie. — Péritonite intense, avec quantité de pseudo-membranes déjà très avancées en organisation ; foie muscade. Néphrite aiguë diffuse. Augmentation de volume de l'utérus dont le tissu était très friable. La trompe droite était dilatée par une cavité purulente de la grosseur d'une noix muscade. Lymphangite de la paroi postérieure gauche de l'utérus. Phlébite du plexus situé entre la vessie et le vagin, avec phlébite superficielle du membre inférieur droit. La mensuration des diamètres du bassin donna une moyenne suffisante.

OBSERVATION XIV (Klaproth)

(*Monatsschrift für Geburtskunde*, XI, p. 81, 1858.)

Primipare, 25 ans. Troisième position de l'occipital qui se transforme en deuxième. Comme dans le cas ci-dessus, troubles dans la marche de l'accouchement. Lorsque l'orifice était complètement dilaté, la tête conservait une position oblique, de sorte que le pariétal gauche, dirigé en avant, était le plus proéminent et permettait au doigt de toucher facilement l'oreille gauche. Cette position oblique se transforma successivement. Plus tard la tête se présenta en deuxième position de l'occipital. Il fallut donner deux doses de seigle ergoté à cause de la faiblesse des contractions, lesquelles alors augmentèrent et auraient amené

l'enfant au dehors, quand subitement survint une hémorrhagie qui nécessita l'accouchement artificiel, car la prolongation de travail aurait affecté la mère et l'enfant. L'extraction de l'enfant se fit assez facilement avec de légères tractions par le forceps. Tout de suite après, comme dans le cas précédent, une hémorrhagie très violente se déclara. Le placenta, déjà détaché, fut enlevé, et l'on reconnut que le siège de l'hémorrhagie était un point érodé de la muqueuse au niveau de l'urèthre, et de la grandeur de deux silbergroschen.

De même ici, tous les moyens furent employés sans succès, et il fallut pour arrêter l'hémorrhagie faire une ligature en masse. Le quatrième jour, la malade fut atteinte de péritonite, et mourut également de la fièvre puerpérale qui régnait dans l'établissement, le onzième jour de ses couches.

L'autopsie donna les mêmes résultats. Lymphangite utérine, dépôt considérable de pus dans les trompes. On constata une légère augmentation des diamètres du détroit supérieur. Le détroit inférieur était normal.

Ces deux femmes étaient grandes et fortes, avec de légères varicosités aux membres inférieurs.

OBSERVATIONS XV, XVI, XVII (Klaproth).

(*Monatsschrift für Geburtskunde*, XIII, 1879, p. 1).

1^o Primipare, 19 ans, très forte. Avait eu, neuf jours avant le début du travail, des métrorrhagies. Chaque douleur était accompagnée de grosses pertes de sang de l'utérus. La période de dilatation dura 45 heures. Les battements de l'enfant diminuant, il fallut employer le

forceps. L'application fut difficile. Aussitôt après, forte hémorrhagie. Délivrance artificielle du placenta, qui était implanté à la face antérieure et inférieure de l'utérus. L'utérus se contracta bien après la délivrance, mais l'hémorrhagie continua aussi intense. Une inspection plus attentive fit voir qu'elle provenait d'un petit point situé entre le clitoris et le méat, point où la muqueuse était érodée. Le sang sortait continuellement d'une veine variqueuse ;

2^o Primipare, 24 ans. La période de dilatation dura 8 heures 1/2 ; l'expulsion, un quart d'heure. L'enfant pesait 7 livres 3/4. Après l'accouchement, il y eut une hémorrhagie analogue à la précédente ;

3^o Primipare, 30 ans, faible, anémique, nerveuse. Le travail, précipité, fut suivi aussi d'une hémorrhagie semblable.

OBSERVATIONS XVIII, XIX, XX, XXI (Wendelstœdt).

Wendelstœdt (cité par Deneux) rapporte 4 observations de rupture variqueuse au moment du passage de l'enfant avec *trois morts et une terminaison heureuse*.

OBSERVATION XXII (Poppel).

Rupture d'une varice clitoridienne. Hémorrhagie profuse. Mort.

CONCLUSIONS

1° La rupture des varices vulvaires au moment de l'accouchement est un accident très rare.

2° Les varices vulvaires siègent de préférence au niveau de la région sous-clitoridienne (plexus intermédiaire de *Kobelt*) et des bulbes du vagin, à la partie supérieure des petites lèvres.

3° Si elles existent, se souvenir de leur rupture possible au moment de l'accouchement, avec ou sans formation de thrombus (auquel cas la rupture se fait en deux temps). Le mécanisme de la rupture reconnaît la *distension extrême* par la tête de l'orifice vulvaire, à laquelle vient s'ajouter, dans la région clitoridienne et sous-clitoridienne, l'écrasement ou, si l'on veut, la *compression exagérée* des tissus contre les arcades pubiennes.

4° Le danger de ces ruptures consiste non seulement dans l'hémorrhagie grave qui les accompagne, mais encore et surtout dans la *confusion dangereuse* qui

peut se produire dans l'esprit de l'accoucheur *avec une hémorrhagie post-partum*.

5° Un diagnostic immédiat s'impose, car y penser, c'est souvent sauver la femme. *La rétraction normale de l'utérus est un signe capital* qui permet d'établir ce diagnostic en indiquant à l'accoucheur de reporter ailleurs son attention et d'examiner attentivement les organes génitaux externes, le vagin et le périnée.

6° Comme traitement local, le thermocautère, la suture séparée, parfois les applications froides, une serre-fine dans les cas bénins ; mais, dans les cas graves, surtout dans le cas d'éclatement d'un paquet variqueux, la suture en masse sera surtout indiquée. Pour relever l'état général, les injections de sérum artificiel et les excitants ordinaires.

Vu par le Président de la Thèse,

PINARD.

Vu par le Doyen,

P. BÉROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT. — Congrès de Genève, 1896.
AUVARD. — Traité d'accouchements.
BAUDELLOCQUE. — Principes sur l'art des accouchements.
BESSON. — XIII^e Congrès de Médecine, Paris, 1900.
BLOT. — Thèse d'agrégation, 1853.
BORDAS. — Thèse de Paris, 1880.
BUDIN. — Thèse d'agrégation, 1880.
CAZEAUX. — Art des accouchements.
CAZIN. — Mémoire pour le prix Capuron, 1879.
CHAILLY-HONORÉ. — Traité des accouchements.
CHARPY. — Organes génito-urinaires.
CORNILLON. — *Mouvement médical*, 2 juin 1872.
DENEUX. — Tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, 1830.
DUNCAN. — Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique.
ELBERT. — *Archives de Médecine et de Chirurgie*, 1834.
HUBERT. — Cours d'accouchements.
JOULIN. — Traité complet d'accouchements, 1866.
JUMNÉ. — *Revue de Médecine et de Chirurgie*, 1849.
KLAPROTH. — *Monatsschrift für Geburtskunde*, 1858.
M^{me} LACHAPELLE. — Pratique des accouchements.
LAROYENNE. — *Lyon Médical*, 1875, n^o 17.
LEGRY. — *Progrès Médical*, septembre 1877.

- MOUGEOT. — Thèse de Paris, 1883.
MOUSSAUD. — Thèse de Paris, 1890.
NŒGELE et GRENSER. — Traité des accouchements.
OUI. — *Revue d'Obstétrique*, 1893.
PETER YUNG. — Hémorrhagies dangereuses des organes
génitaux internes pendant le travail.
PEU. — Pratique des accouchements, 1694.
POIRIER. — Traité d'anatomie humaine, organes génito-
urinaires.
POPPEL. — *Monatschrift für Geburstskünde*.
RIBEMONT et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
ROCHE. — Thèse de Paris, 1886.
STEUDEL. — *Gazette Médicale*, 1834.
TARNIER. — Traité de l'art des accouchements. — Congrès de
la Société Obstétricale de France, 1896.
VARNIER. — *Revue pratique d'Obstétrique*, années 1888-1892.
WENDELSTÆDT. — *Hufeland Journal*, 1813.
WIFFELS. — *Revue de Médecine et de Chirurgie*, 1850.
WEILLER. — Thèse de Nancy, 1897.
-

